

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1972

THESE

N^o

67

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Paul ARMAND

né le 24 octobre 1939 à CONSTANTINE

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

ETUDE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DU PLACENTA PRAEVIA

A propos de 58 placenta praevia observés en 5 ans

à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine

Président : M. R. MERGER, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE

SAINT-ANTOINE

UNIVERSITE

PARIS VI

ANNEE 1972

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Paul ARMAND

né le 24 octobre 1939 à CONSTANTINE

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

ETUDE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DU PLACENTA PRAEVIA

A propos de 58 placenta praevia observés en 5 ans

à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine

Président : M. R. MERGER, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTÉ DE MÉDECINE
SAINT-ANTOINE
UNIVERSITÉ PARIS VI

THÈSE

ANNÉE 1972

DOCTORAT EN MÉDECINE



UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE SAINT - ANTOINE

Professeurs titulaires

MM.		MM.	
ANDRE R.	Hématologie	HUGELIN A.	Physiologie
BRISSAUD H.	Pédiatrie	LAPLANE R.	Pédiatrie
BROCARD R.	Médecine	LE LORIER G.	Obstétrique
CAROLI J.	Médecine	LOEPER J.	Médecine expérimentale - Immunologie
CATINAT J.	Cardiologie	LOYGUE J.	Chirurgie
CERBONNET G.	Chirurgie	MAROIS M.	Histologie
CHERIGIE Ed.	Radiologie	MERGER R.	Obstétrique
CHIGOT P. L.	Chirurgie Infantile	MILHAUD G.	Biophysique
CONTAMIN Fr.	Neurologie	NICK J.	Neurologie
CONTE M.	Médecine	ORCEL L.	Anatomie-pathologique
DAGUET L.	Bactériologie	PERRAULT M.	Médecine
DEBRAY J.	Médecine	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
FLABEAU F.	Chirurgie	POLONOVSKI Cl.	Biochimie
GERBEAUX J.	Thérapeutique	RICHET G.	Néphrologie
GOSSET J.	Chirurgie		

Professeurs sans chaire

MM.		MM.	
BRICOUT F.	Bactério-Virologie	GOLVAN Y. J.	Parasitologie
CHALUT J.	Radiologie	LESTRADET H.	Pédiatrie
Mme.			
CHAPUT A.	Stomatologie	PICARD J.	Biochimie
MM.			
DUHAMEL G.	Hématologie	ROUX Ch.	Embryologie
GIRARD F.	Physiologie	PIERON R.	Pneumo-Phtisio

Maîtres de Conférences

MM.		MM.	
AKOUN G.	Médecine	LASFARGUES G.	Pédiatrie
ARDAILLOU R.	Physiologie	LAUGIER A.	Radiologie
BAUX S.	Chirurgie	LEVY Y. G.	Médecine
BOURY G.	Chirurgie	MALAFOSSE M.	Chirurgie
CHEYMOL G.	Pharmacologie	MENSCH B.	Biophysique
CHOUARD Cl.	O. R. L.	MERY J. Ph.	Néphrologie
CLOAREC M.	Médecine	Mme.	
		MIGNON Fr.	Néphrologie
Mme.		MM.	
COMBRISSEON A.	Hématologie	OPOLON J.	Médecine
MM.		PAQUELIN Fr.	O. R. L.
DECROIX G.	Pneumo-Phtisio		
DELIGNE P.	Anesthésiologie	PISSARRO B.	Médecine préventive
DOYON D.	Radiologie	POULET J.	Médecine
DRY J.	Médecine	RAMPINI Cl.	Biochimie
FOUET P.	Thérapeutique	RICHARDET J. M.	Pédiatrie
GAUTIER H.	Physiologie	ROLAND J.	Anatomie pathologique
GRUNER M.	Chirurgie Infantile	SALAT J.	Obstétrique

Professeurs sans chaire

MM.	BRICOUT F.	Bactério-Virologie	MM.	GOLVAN Y. J.	Parasitologie
	CHALUT J.	Radio-logie		LESTRADET H.	Pédiatrie
Mme.	CHAPUT A.	Stomatologie		PICARD J.	Biochimie
MM.	DUHAMEL G.	Hématologie		ROUX Ch.	Embryologie
	GIRARD F.	Physiologie		PIERON R.	Pneumo-Phtisie

Maîtres de Conférences

MM.	AKOUN G.	Médecine	MM.	LASTANGUES G.	Pédiatrie
	ARDAILLON R.	Physiologie		LAUGIER A.	Radio-logie
	BAUX S.	Chirurgie		LEVY V. G.	Médecine
	BOURY G.	Chirurgie		MALAFOSSE M.	Chirurgie
	CHIEYMOU G.	Pharmacologie		MENSCH B.	Biophysique
	CHOUARD Cl.	O. R. L.		MERY J. Ph.	Néphrologie
	CLOAREC M.	Médecine	Mme.	MIGNON Fr.	Néphrologie
Mme.	COMBRISSON A.	Hématologie	MM.	OPOLON J.	Médecine
MM.	DEGROUX G.	Pneumo-Phtisie		PAGUETIN Fr.	O. R. L.
	DELLINE P.	Anesthésiologie		PISSARRO B.	Médecine préventive
	DOYON D.	Radio-logie		POULET J.	Médecine
	DRY J.	Médecine		RAMPINI Cl.	Biochimie
	FOUET P.	Thérapeutique		RICHARDET J. M.	Pédiatrie
	GAUTIER H.	Physiologie		ROLAND J.	Anatomie pathologique
	GRUNER M.	Chirurgie infantile		SALAT J.	Obstétrique

GUILMET Cl.	Anesthésiologie	SALMON Ch.	Hématologie
GUIRAUDON G.	Anatomie	SANTARELLI J.	Obstétrique
HERMAN D.	Médecine	WARGON H.	Médecine expérimentale
HUGUET Cl.	Chirurgie	WEINMANN S.	Biochimie
HUGUIER M.	Chirurgie	KRULIK M.	Médecine Générale
24. 4. 72			
AMSTUTZ P.	Réanimation	NAJMAN A.	Hématologie
APOIL A.	Orth. Traum.	NICOLLE M.	Neurologie
FONTAINE J. L.	Pédiatrie	WITCHITZ S.	Cardiologie

Enseignants Associés

M. . C. A.	Associé	ELIAKIS Em.	Médecine Légale
------------	---------	-------------	-----------------

Enseignants Contractuels

M. C. A.	M. KIRSCH F.	M. KIRSCH F.	Physiologie biochimique
----------	--------------	--------------	-------------------------

Chargés d'Enseignement

MM.		MM.	
BENOIST	Rhumatologie	DUNET	Endocrinologie
BRUEZIERE	Chirurgie Infantile	LOFFREDO	Obstétrique
CRISTOL	Cardiologie	SALOMON	Rhumatologie

Attachés d'Enseignement

MM.		MM.	
CASASSUS	Cardiologie	HIVET	Chirurgie
COUVREUR	Thérapeutique	MIGNOT	Neurologie
DESLARUIERS	Neurologie	SAUVAN	Cardiologie
GALLOUEDEC	Pneumologie	VANNIER	Pneumologie

A ma Mère,

pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposée.
Avec toute mon affection.

A ma Femme,

et à nos trois fils, avec tout mon amour.

A mon Maître,

le Professeur Robert MERGER
Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de
Médecine de Paris,

qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, après nous
avoir accueilli pendant trois ans dans son
service.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage
de ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Vincent LOFFREDO

Assistant de Monsieur le Professeur MERGER

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et dont les conseils m'ont été si précieux.

En témoignage de ma profonde reconnais-
sance.

A Monsieur le Professeur Jean SANTARELLI

Maître de conférences Agrégé,

qui tout au long de ces trois années
nous a enseigné l'obstétrique.

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon attachement respectueux.

A mes Maîtres d'Externat des Hôpitaux de Paris,

Monsieur le Professeur CHIGOT

Monsieur le Professeur POILLEUX

Monsieur le Professeur HUGUIER

Monsieur le Professeur P. MORIN

A Monsieur le Professeur Agrégé MUSSET

Gynécologue accoucheur des Hôpitaux de Paris

qui nous a fait le grand honneur de nous
accueillir dans son service.

En témoignage de ma reconnaissance.

A Mesdames les Sages-Femmes de la Maternité
de l'Hôpital Saint-Antoine,

avec toute mon amitié.

I - INTRODUCTION

Le Placenta Praevia est une affection obstétricale préoccupante tant pour la mère que pour l'enfant. C'est pourquoi nous nous sommes proposés d'étudier 58 placenta praevia observés en 5 ans à la Maternité de l'Hopital Saint-Antoine, et de dégager une conduite à tenir grâce aux moyens d'investigation et aux thérapeutiques actuelles.

1 - ATTENTION

Le Placenta Praevius est une affection obstétricale préoccupante

P L A N

Nous proposons pour l'étude des 58 placenta praevia le plan suivant :

- I - Définition - Rappel anatomique
- II - Etiologie
- III - Aspects cliniques et diagnostic
 - 1 - Généralités
 - 2 - Pendant la grossesse
 - les hémorragies
 - la rupture prématurée des membranes
 - le diagnostic clinique et isotopique
 - 3 - Au cours du travail
 - les hémorragies
 - le diagnostic
 - 4 - Les formes cliniques
- IV - L'Accouchement
 - 1 - Délais séparant la première hémorragie de l'accouchement
 - 2 - Le Terme et les différents modes d'accouchements
 - 3 - L'Accouchement par les voies naturelles
 - 4 - La Césarienne
- V - La Délivrance
- VI - Les suites de couches
- VII - Le Nouveau-Né
 - 1 - Avant la 35e semaine
 - 2 - Après la 35e semaine
 - 3 - La mortalité
- VIII - Conduite à tenir
- IX - Conclusions

CHAPITRE I

DEFINITION

Un placenta est praevia lorsqu'il s'insère en partie ou en totalité sur le segment inférieur; le petit côté des membranes mesure alors moins de 10 cm. , hauteur du segment inférieur. Mais le placenta praevia ne mérite son nom que lorsque des hémorragies en compliquent l'évolution

Nous avons dénombré, à la maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, de 1966 à 1970, 58 placenta praevia pour 12 428 accouchements. Sa fréquence est donc ici de 0,46 %.

RAPPEL ANATOMIQUE

Deux classifications correspondant à deux moments différents de la grossesse ont été proposées.

1 - La classification anatomique définit pendant la grossesse la situation du placenta par rapport à l'orifice interne du col.

- le placenta latéral reste à distance de l'orifice interne,
- le placenta marginal atteint l'orifice interne,
- le placenta central recouvre l'orifice interne.

2 - Au cours du travail on distingue deux variétés de placenta. Le placenta est recouvrant lorsqu'il est à découvert dans l'aire de dilatation. Le placenta non recouvrant reste à distance de l'aire de dilatation du col.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Si l'étiologie de l'insertion basse paraît assez incertaine en l'absence de grossesse gemellaire où la surface placentaire explique aisément son débord sur le segment inférieur, on a pu retrouver les circonstances favorisantes suivantes :

1 - la multiparité est retrouvée dans 87 % de nos observations.

2 - Les antécédents d'avortements tant spontanés (10) que provoqués (10) représentent 34 % des cas et dans 32 % des cas on a noté un curetage ; la délivrance artificielle 7 %.

Par ailleurs, nous avons retrouvé :

- 6 cas d'utérus cicatriciels : 5 césariennes et une opération de Strassmann pour malformation utérine
- 3 cas de fibromes utérins
- et un seul antécédent de placenta praevia.

Il apparaît donc que la multiparité, les antécédents d'avortements et de curetage jouent un rôle indiscutable.

CHAPITRE III

ASPECTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

I - GENERALITES

L'hémorragie du dernier trimestre de la grossesse est le maître symptôme du placenta praevia ; mais celui-ci peut être diagnostiqué au cours d'un autre accident durant la grossesse : la rupture prématurée des membranes. Dans l'une et l'autre, la présentation est souvent anormale.

Les hémorragies en cours de grossesse surviennent classiquement dans les trois derniers mois, mais en fait on a pu montrer la fréquence de ces hémorragies à une date précoce de la grossesse. Par ailleurs, elles peuvent se manifester pour la première fois au cours du travail (26 %) ou pendant la gestation (72 % des cas).

Nous avons donc groupé dans le tableau ci-après, concernant la survenue de la première hémorragie, le nombre des cas selon le terme, en distinguant les cas où l'hémorragie s'est produite en dehors du travail de ceux où elle s'est produite pendant.

TABLEAU N° 2

Terme en mois	1e	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e
Hémorragie survenue en dehors du travail		2	3	1	2	5	11	10	8
Hémorragie du travail						1	3	4	8

La première hémorragie est apparue :

- 5 fois au cours du 1er trimestre
- 9 fois au cours du 2e trimestre
- 44 fois au cours du 3e trimestre

et au cours de ce même trimestre, 34 % des femmes étaient en travail.

Ce tableau confirme bien l'opinion classique qui veut que le placenta praevia se manifeste tardivement par des hémorragies du 3e trimestre (75 % des cas) mais il confirme aussi la réalité de l'hémorragie survenant tôt dans la grossesse (25 % des cas dont 10 % au cours du 1er trimestre).

II - PENDANT LA GROSSESSE

1 - Les Hémorragies

La date de survenue de ces hémorragies a été précisée plus haut. Elles apparaissent brutalement en pleine santé, souvent la nuit. C'est du sang rouge, liquide, les femmes ne souffrent pas, mais bien souvent ces hémorragies s'accompagnent de contractions utérines palpables.

Leur évolution ne se conçoit que traitée, les patientes étant hospitalisées et mises au traitement d'attente dont nous reparlerons plus loin.

Il existe trois possibilités évolutives :

a - leur abondance d'emblée très importante entraîna une intervention césarienne dans 5 cas.

b - Leur disparition jusqu'à l'accouchement, cette éventualité s'est produite 7 fois.

c - La répétition de l'hémorragie est la règle : 29 cas, soit 71 % des cas.

La difficulté du traitement tient aux caprices de ces hémorragies et à leur manifestation à une date où la maturité de l'enfant n'est pas suffisante.

Cette éventualité est particulièrement illustrée dans l'observation suivante : la patiente est hospitalisée en urgence au terme de 6 mois 1/2 en collapsus. Aussitôt réanimée et transfusée (2,5 litres de sang) son état général s'améliore rapidement et la grossesse va se poursuivre 20 jours pendant lesquels les hémorragies quoique modérées, mais répétées, vont entraîner une anémie maternelle qui doit être réparée par 2 transfusions successives de 0,5 litre. Mais au terme de 7 mois 6 jours, il se produit brutalement de nouvelles hémorragies entraînant un nouvel état de choc. Une césarienne pratiquée en urgence permet d'extraire un enfant vivant de 2.540 g., mais qui doit être réanimé à la naissance, et qui fait une maladie des membranes hyalines.

L'évolution des hémorragies n'est heureusement pas toujours aussi dramatique mais cette observation rend parfaitement compte des difficultés thérapeutiques qui se posent à l'accoucheur en raison d'une part de l'immaturité foetale de 30 semaines incitant à prolonger la grossesse, d'autre part du risque hémorragique qui a conduit ici à l'interrompre après une attente de 3 semaines.

- Dans 11 cas les hémorragies sans être alarmantes entraînent une anémie maternelle ayant nécessité une ou plusieurs transfusions. Les quantités de sang transfusé ont été de :

0,5 litre dans 4 cas

1 litre dans 2 cas

1,5 litre dans 3 cas

3 litres dans 2 cas.

Dans ces deux derniers cas la quantité du sang transfusé est due plus la sommation des hémorragies qu'à leur grande abondance.

- Dans 18 cas les hémorragies sont restées modérées, n'entraînant pas d'anémie maternelle notable.

2 - La Rupture prématurée des membranes

On l'a observée 10 fois, soit dans 17 % de nos cas.

- 7 fois, elle s'est produite après des hémorragies de la grossesse, et était donc prévisible, les saignements s'étant le plus souvent accompagnés de contractions utérines.

- 3 fois ce fut la première manifestation du placenta praevia. Cette rupture n'empêchant pas dans 2 cas la survenue secondaire d'hémorragies abondantes.

Date d'apparition

Elle s'est produite :

- une fois à 5 mois 1/2
- deux fois à 6 mois
- une fois à 7 mois 1/4
- deux fois à 7 mois 2/3
- deux fois à 8 mois 1/4
- deux fois près du terme.

Conséquences

Dans tous les cas l'accouchement s'est déclenché dans les heures qui suivirent ; il eut lieu 4 fois par les voies naturelles, 6 fois par césarienne, les césariennes étant justifiées en raison :

- une fois d'une procidence du cordon
- deux fois d'une présentation de l'épaule
- trois fois d'hémorragies abondantes.

La rupture prématurée des membranes n'a eu donc d'effet favorable (sur l'évolution des hémorragies) que les 4 fois où les femmes ont accouché par les voies naturelles.

Elle fait courir à l'enfant en tout premier lieu, un très grand risque d'immaturité, le risque infectieux n'a pas joué dans nos observations puisque le travail s'est déclenché dans les heures suivantes.

3 - Le diagnostic clinique et isotopique

a - Le diagnostic ne peut être qu'évoqué au cours des premiers mois de la grossesse. Cette éventualité s'est produite 13 fois.

Les hémorragies ne correspondaient pas à une menace d'avortement, ni à une grossesse molaire, et l'examen avait pu éliminer un cancer du col, un polype accouché par le col ou une exocervicite hémorragique.

L'étude des antécédents montrait que toutes ces femmes sauf une étaient multipares, avaient eu un ou plusieurs avortements spontanés ou provoqués, suivis de curetage. Deux d'entre elles avaient eu une césarienne et enfin une fois on notait une délivrance artificielle.

L'examen montrait un utérus de volume normal et les dosages hormonaux étaient normaux sauf dans 3 cas.

La confirmation du diagnostic s'est faite dans le dernier trimestre de la grossesse car dans tous les cas les hémorragies précoces se sont répétées en fin de gestation.

b - Le diagnostic du placenta praevia au cours du dernier trimestre évoqué devant des hémorragies ou une rupture prématurée des membranes est établi par l'examen clinique et la localisation isotopique du placenta.

1) - L'examen clinique de l'abdomen et du petit bassin met en évidence :

- dans 10 cas (17,4 %) une présentation transversale,
- dans 2 cas une présentation du siège,
- dans 1/3 des cas une présentation céphalique élevée, décentrée, refoulée vers l'avant, l'arrière, ou vers une fosse iliaque,

- dans près des 2/3 des cas, la classique impression de matelas placentaire.

Nous avons regroupé dans le tableau suivant emprunté à Henrion - Chavinié, les différents pourcentages de présentations anormales citées dans la littérature.

TABLEAU N° 3

Auteurs	% de présentation du siège	% de présentation transversale et de l'épaule
Taux habituel en dehors du placenta praevia	3 à 5 %	0,3 %
Beilly (1952)	7,4 %	8,6 %
Fitzerald (1954)	6,4 %	4,2 %
Reich (1956)	14,1 %	11,6 %
Semmens (1959)	12,6 %	12,6 %
Chosson et Ruf (1961)	12 %	14 %
Lepage, Hervet et Henrion	7,9 %	7 %
Grosieux, Leduc et Rouchy	17,6 %	17,6 %
Dans notre série	4 %	17,2 %

2) - La localisation placentaire isotopique

C'est actuellement le procédé de diagnostic habituel utilisé à l'hôpital Saint-Antoine. L'isotope employé est le Technetium 99 m. dont la période est de 6,05 heures.

L'élément est utilisé sous forme de sérum albumine humaine marquée. La localisation placentaire est faite par photoscintigraphie.

La localisation isotopique du placenta a été pratiquée dans 28 des 58 cas de placenta praevia.

- Dans 25 cas, elle confirma le diagnostic évoqué cliniquement en apportant une localisation topographique précise, sauf dans 6 cas où elle concluait à une insertion marginale qui se révéla être en fait recouvrante.

- Dans 3 cas, par contre, la méthode était en défaut car l'insertion basse du placenta infirmée par la localisation s'est avérée telle au moment de l'accouchement. Ces trois cas correspondaient à des localisations précoces faites à 6 mois, et l'on sait les réserves que comporte cet examen à ce stade de la grossesse

Ainsi donc, malgré sa grande précision, le diagnostic topographique isotopique ne doit pas en imposer à un examen clinique attentif.

Dans 30 cas, il ne fut pas pratiqué de localisation isotopique, 22 fois en raison d'une interruption rapide de la gestation dès les premières manifestations pathologiques du placenta praevia.

III - AU COURS DU TRAVAIL

1 - Les Hémorragies

Elles sont un symptôme constant et alarmant. Leur abondance règle le pronostic. C'est soit leur première apparition (16 cas) soit la récurrence d'une hémorragie de la grossesse (29 cas). C'est alors un événement attendu et appréhendé. Une fois apparues, elles n'ont aucune tendance à s'arrêter et vont au contraire s'aggraver à mesure que le travail progresse, si la poche des eaux ne se rompt pas. Leur évolution ne se conçoit donc que traitée (nous en reparlerons plus loin).

Il est essentiel d'apprécier le plus exactement possible la quantité de sang perdu afin de corriger sans retard la spoliation sanguine, le risque étant le choc hémorragique et l'anoxie. Ces précautions n'ont pas évité, dans notre série, 3 chocs menaçant la vie de la mère.

Nous avons dans le tableau n° 4 comparé la quantité de sang transfusé selon le mode d'accouchement.

TABLEAU N° 4

Volume des transfusions en litres de sang	Accouchements	Manoeuvres obstétricales par voie basse	Césariennes
0,5	4		5
1			6
1,5		1	9
2		1	7
2,5	2	2	1
3			3
3,5		1	2
4,5	1		1

2 - Le diagnostic

Au cours du travail, le diagnostic est établi par l'examen clinique. Il est évident lorsque le col est suffisamment dilaté pour permettre par un toucher vaginal prudent d'atteindre les membranes ou le placenta.

Le toucher vaginal précise en outre les caractères :

- du col, sa situation, sa dilatation, sa minceur, sa souplesse
- des membranes, minces ou rugueuses, leur intégrité (il faudra les rompre) ou leur rupture et vérifie l'absence de procidence du cordon habituellement fréquente (3 à 7 %) mais retrouvée dans une seule de nos observations. Mais surtout il apprécie la variété de placenta praevia qui est recouvrant ou non ; c'est de sa variété que va dépendre le traitement que nous envisagerons plus loin.

L'examen a mis, par ailleurs, en évidence une présentation anormale, dans la proportion que l'on sait (17 %), lorsque celle-ci est régulière on apprécie son accommodation au détroit supérieur. Lorsque l'examen ne trouve pas d'insertion basse d'autres diagnostics sont à envisager :

1 - en début de travail lorsque le col est fermé :

- a - la rupture du sinus marginal
- b - le décollement prématuré du placenta (associé au placenta praevia dans 3 de nos observations),

- c - la rupture utérine, en raison des hémorragies et du choc : cet accident étant particulièrement à craindre lorsque l'utérus est cicatriciel.

2 - A la rupture des membranes, deux diagnostics classiques :

- a - le melaena intra-utérin où la vitalité foetale n'est pas menacée,
- b - la rupture d'un vaisseau du cordon (hémorragie de Benckiser) qui est très grave : 70 % de mortalité dans la littérature.

IV - LES FORMES CLINIQUES

Nous ne reviendrons pas sur la date d'apparition de l'hémorragie dont nous avons déjà parlé.

A - Suivant le type anatomique du placenta

1 - Le placenta praevia central

C'est la variété la plus fréquente que nous ayons rencontrée (22 cas soit 38 %). Il ne s'est manifesté pour la première fois au cours du travail que 6 fois, et s'est démasqué pendant la grossesse dans 16 observations. La fréquence des présentations transversales y est plus élevée que dans les autres variétés anatomiques, ceci étant facilement compréhensible en raison de la mauvaise accommodation de la présentation au détroit supérieur qu'entraîne sa situation. Les hémorragies n'ont pas été plus graves que dans les autres variétés puisque le chiffre moyen des transfusions est de 1,8 litre.

2 - Le placenta marginal antérieur - 6 cas

Cette insertion intéresse la ligne d'incision segmentaire de l'hystérotomie transversale ; la vascularisation du segment inférieur particulièrement importante en pareil cas expose à une hémorragie maternelle et fœtale grave. C'est la raison pour laquelle nous avons réalisé dans cette variété une hystérotomie segmento corporéale.

3 - Le placenta marginal postérieur - 6 cas

Individualisé par les auteurs américains comme étant une variété dangereuse. Son siège sur la face postérieure du segment inférieur met parfois en défaut la localisation placentaire isotopique. Particulièrement dystocique par diminution de la capacité pelvienne au détroit supérieur il entraîne chaque fois une intervention césarienne.

B - Les formes compliquées

1 - Formes associées à un décollement prématuré du placenta

Cette association a été retrouvée dans trois observations. Dans deux observations le tableau clinique est celui d'un placenta praevia avec cependant la notion d'une hypertonie utérine. Dans la troisième la symptomatologie est à la fois celle d'un placenta praevia et celle d'un hématome rétroplacentaire.

Le pronostic maternel est grave. Une femme a fait un choc et une fibrinolyse.

Le pronostic foetal est très mauvais : deux enfants sont morts au cours du travail. Le troisième enfant extrait vivant par césarienne a fait un syndrome de détresse respiratoire secondaire.

Dans cette association l'opération césarienne est l'intervention la plus logique lorsque l'enfant est encore vivant.

2 - Formes compliquées d'un placenta accreta

Nous avons eu un cas de placenta partiellement accreta chez une femme qui présentait plusieurs myomes utérins. Le placenta put être extrait par une délivrance artificielle.

3 - Formes compliquées d'un trouble de la coagulation

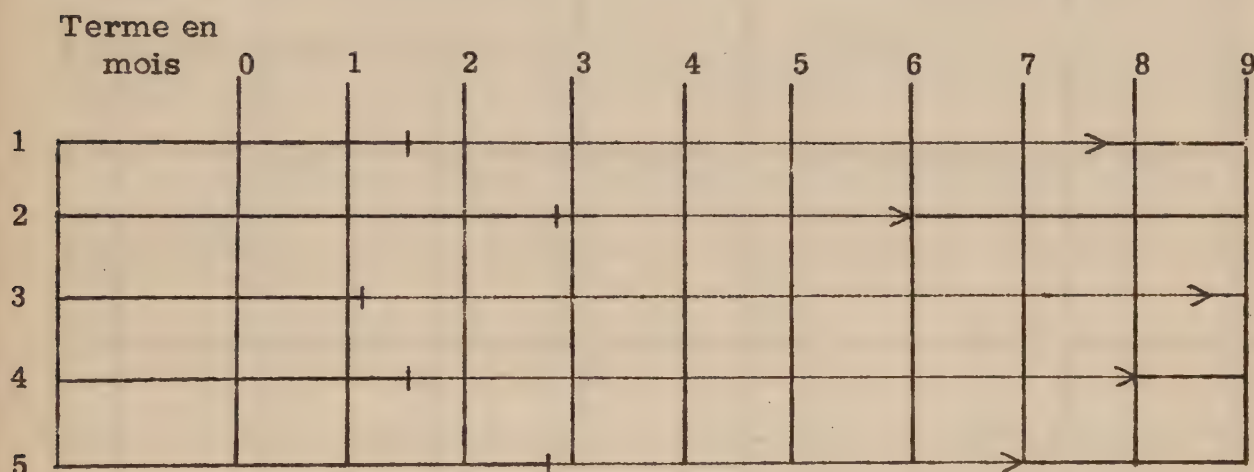
Un cas de fibrinolyse dans une observation où le placenta praevia était associé à un hématome rétro-placentaire.

CHAPITRE IV

L'ACCOUCHEMENT

I - DELAIS SEPARANT LA PREMIERE HEMORRAGIE DE L'ACCOUCHEMENT

1 - Hémorragies du 1er trimestre (5 cas)



La flèche représente le délai séparant la date d'apparition de la première hémorragie de l'accouchement.

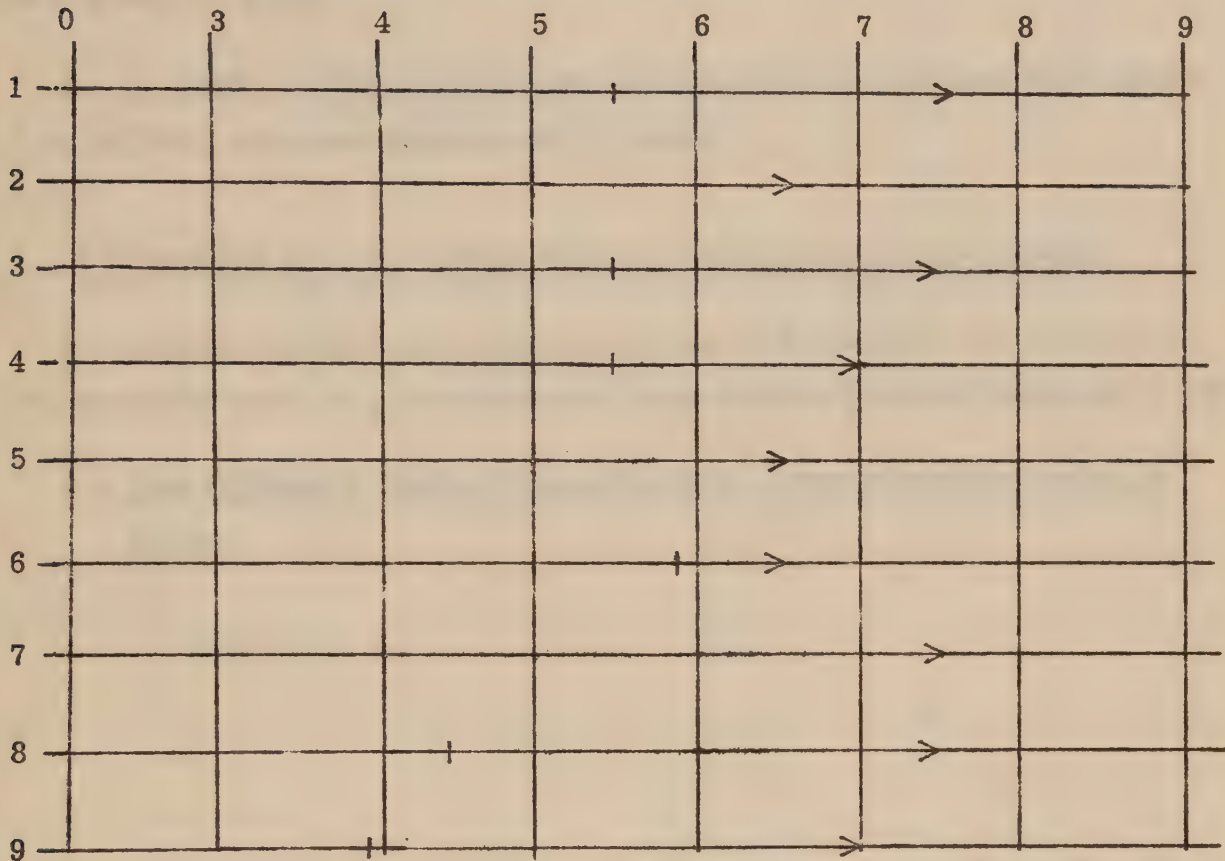
Dans trois cas sur 5 la grossesse a atteint et dépassé la 36e semaine, l'accouchement est très prématuré dans les 2 autres cas. Le pronostic n'apparaît pas ici trop défavorable.

2 - Hémorragies du 2e trimestre (9 cas)

Dans aucun cas la grossesse n'a atteint la 35e semaine. Le pronostic apparaît ici, paradoxalement, beaucoup plus sombre que pour les hémorragies du 1er trimestre.

2 - Hémorragies du 2e trimestre (9 cas)

Dans aucun cas la grossesse n'a atteint la 35e semaine. Le pronostic apparaît ici, paradoxalement, beaucoup plus sombre que pour les hémorragies du 1er trimestre.



3 - Les Hémorragies du 3e trimestre

a - Au cours du 7e mois, sur 14 cas, l'accouchement s'est déclenché très rapidement 6 fois, la grossesse se prolongeant de 2 à 10 semaines dans 8 cas.

b - Au cours du 8e mois, sur 14 cas, l'accouchement s'est déclenché immédiatement 6 fois, la grossesse a poursuivi son cours :

- 1 fois deux semaines

- 1 fois trois semaines

- 4 fois quatre semaines
- 2 fois six semaines.

c - Au cours du 9^e mois, chez 4 femmes seulement, la grossesse a été à terme, après s'être prolongée, 2 fois 8 jours, une fois 10 jours, et une fois 15 jours.

4 - La durée de l'hospitalisation précédant l'accouchement varie entre 4 et 50 jours avec une moyenne de 17 jours.

II - LE TERME ET LES DIFFERENTS MODES D'ACCOUCHEMENT

1 - L'accouchement est prématuré dans 50 % des cas, car 29 femmes ont accouché avant la 38^e semaine et leurs enfants pesaient moins de 2.500 g.

2 - Les différents modes d'accouchement. Leur répartition selon le terme.

Tableau n° 7

TABEAU N° 7

		Nombre d'observations	%
Accouchement par les voies naturelles	+ Accouchement spontané en présentation - du sommet - du siège + Forceps + Manoeuvre de Simpson + Version grande extraction de siège	10	33 %
		1	
		2	
		5	
		1	
	TOTAL	19	
: Césariennes		39	67 %

10/11/1917

Répartition selon le terme

Nous avons groupé les accouchements qui ont eu lieu :

- 1) - avant le début de la 35^e semaine
- 2) - pendant les 35^e et 36^e semaines
- 3) - après la 36^e semaine.

Terme en semaines :	avant 35	35 - 36	après 36
Accouchement naturel	4	1	4
Forceps			2
Méthode de Simpson V. G. E. S.	6		
Césariennes	7	7	25

III - L'ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES

Parmi nos 58 placenta praevia, 19 fois (33 %) l'accouchement s'est fait par les voies naturelles.

- 9 fois, les membranes ont été rompues artificiellement, la rupture restant la 1^{re} mesure thérapeutique. Elle a été efficace 6 fois, les hémorragies ne se reproduirent plus au cours du travail dans 4 cas, restèrent modérées dans un cas, réapparurent au moment de l'expulsion dans un cas. Trois fois les hémorragies sont restées menaçantes et ont conduit à une intervention césarienne secondaire. Il y eut :

- 11 accouchements spontanés, 10 en présentation céphalique, un en siège

- 2 applications de spatules de Thierry, une fois en raison d'un choc maternel lors de la période d'expulsion, une fois en raison d'efforts expulsifs inefficaces,

- 6 manoeuvres obstétricales, dont 5 manoeuvres de Simpson (tableau n° 9) suivies 4 fois d'une version grande extraction de siège, et une V. G. E. S. isolée.

Elles ont été pratiquées à un terme très précoce allant de la 26^e à la 31^e semaine, de la grossesse. Les enfants sont morts au cours du travail, leur poids moyen était de 1.230 g. Au cours de ces manoeuvres, le volume moyen de sang transfusé est de 2,4 litres (5 femmes sur 6 furent transfusées) alors qu'il est de 1,6 litre dans les cas précédents (7 femmes sur 13 ont été transfusées).

IV - LA CESARIENNE

La césarienne a été pratiquée dans 39 cas (67 %) des placenta praevia, l'étude de la date de l'intervention montre qu'elle eut lieu :

- 7 fois avant la 35^e semaine
- 7 fois pendant les 35^e et 36^e semaines
- 25 fois après la 36^e semaine

trois époques au cours desquelles nous allons en dégager les indications.

a - Avant la 35^e semaine

La césarienne a été pratiquée :

- 4 fois à un terme très précoce car les femmes sont entrées spontanément en travail et les hémorragies restaient menaçantes
- une fois en raison d'une hémorragie grave mettant en jeu le pronostic maternel
- une fois en raison d'une procidence du cordon après rupture spontanée des membranes
- une fois en raison d'une chute brutale de l'oestriol (à 5.400 gammas) au cours de la 34^e semaine.

Cf. Tableau n° 10

TABLERAU N° 9

Antécédents	Terme en semaines	Présentation	Localisation Placentaire	Traitement	Nouveau-né
I pare 16 ans 1/2	28e	Transversale	Marginale	Manoeuvre de Simpson V. G. E. S.	mort-né 1. 050 g.
II pare 26 ans	31e		Centrale	M. de Simpson extraction d'un oeuf complet	mort-né
I pare IIIe geste 20 ans	26e	Epaule	Partiellement Recouvrante	M. de Simpson V. G. E. S.	mort-né 750 g.
I pare Ve geste 27 ans	29e	Epaule	Latérale Partiellement accreta	V. G. E. S.	mort-né 1. 000 g.
IIe pare 22 ans	28e	Céphalique	Recouvrante	M. de Simpson	mort-né 1. 700 g.
IIIe pare 22 ans	31e	Céphalique	Recouvrante	M. de Simpson V. G. E. S.	mort-né 1. 640 g.

TABEAU N° 10

Antécédents	Terme en semaines	Présentation	Incidents Accidents de la grossesse et du travail	Localisation	Traitement	Enfant Poids	Enfant Apgar 1'
IIIe pare 25 ans Ve geste	34e	Transversale	R. S. M. Hémorragie (1L) proci-dence du cordon	Latérale	Césarienne segmentaire transversale	2. 000	8
Ile pare 23 ans IIIe geste	34e	Céphalique	Chute de l'oestriol à 5. 400 gammas	Latérale	Césarienne segmentaire transversale	1. 400	9
Ile pare 26 ans	34e	Céphalique	Hémorragie (1, 5 L.)	Recouvrante	C. S. T.	2. 490	9
I pare 19 ans	33e	Céphalique	Hémorragie (1 L.)	Recouvrante	C. S. T.	2. 400	5
I pare 25 ans	30e	Transversale	Hémorragie (1 L.)	Recouvrante	C. T.	980	Mort-né
I pare 22 ans	34e	Céphalique	Hémorragie (1, 5 L.)	Recouvrante	C. S. T.	2. 370	10
Vle pare	34e	Céphalique	Hémorragie + choc	Marginale antérieure	C. S. C. + ligature	2. 540	2

b - Au cours des 35e et 36e semaines

La césarienne a été pratiquée :

- 4 fois en raison d'hémorragies abondantes contemporaines de l'entrée en travail, dues deux fois à une insertion recouvrante, deux fois à une insertion marginale,

- une fois en raison de la persistance des hémorragies après échec d'une tentative d'accouchement par les voies naturelles,

- une fois en raison d'une présentation anormale en début de travail,

- une fois en raison d'une rupture prématurée des membranes chez une diabétique qui avait eu deux césariennes antérieures.

Cf. Tableau n° 11.

b - Au cours des 35e et 36e semaines

La césarienne a été pratiquée :

- 4 fois en raison d'hémorragies abondantes contemporaines de l'entrée en travail, dues deux fois à une insertion recouvrante, deux fois à une insertion marginale,

- une fois en raison de la persistance des hémorragies après échec d'une tentative d'accouchement par les voies naturelles,

- une fois en raison d'une présentation anormale en début de travail,

- une fois en raison d'une rupture prématurée des membranes chez une diabétique qui avait eu deux césariennes antérieures.

Cf. Tableau n° 11.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF KING CHARLES THE FIRST

IN WHICH ARE CONTAINED THE
MOST IMPORTANT PASSES OF HIS
MILITARY AND POLITICAL LIFE
FROM HIS MARRIAGE TO HIS DEATH
BY
JOHN BURNET
BISHOP OF SALISBURY
AND
OF THE CHURCH OF ENGLAND
IN PARLIAMENT ASSEMBLED
IN THE YEAR 1689
LONDON
Printed by J. Streater, at the Sign of the Gun, in St. Dunstons Church-yard, 1690

TABEAU N° 11

Antécédents	Terme	Présentation	Incidents Accidents de la grossesse et du travail	Localisation	Traitement	Enfant Poids	Enfant Apgar 1'
IIIe pare Diabétique deux césariennes antér.	36e	Céphalique	R. S. M.	Latérale	C. S. T. et ligature	2. 970	5
IIIe pare 25 ans	36e	Siège incliné	Hémorragie peu abondante	Latérale	C. S. T.	3. 030	9
Ile pare IVe geste - 30 ans	35e	Céphalique	Hémorragie (3 L. RAM. bradycardie foetale - HRP.	Latérale	C. S. T.	2. 450	Mort-né
I pare IIe geste - 37 ans	36e	Céphalique	Hémorragie (2 L.)	Marginale	C. S. T	2. 240	5
I pare IVe geste - 39 ans	36e	Transversale	Hémorragie (1, 5 L.)	Recouvrante	C. S. T. et myomectomie	2. 870	2
IIIe pare 31 ans	35e	Céphalique	Hémorragie (1 L.)	Marginale	C. S. T.	2. 420	2
I pare 22 ans	35e	Céphalique	Hémorragie (1 L.)	Recouvrante	C. S. T.	2. 230	7

c - Après la 36e semaine (25 cas)

Dans 6 cas, la césarienne a été pratiquée en l'absence de travail et d'hémorragie inquiétante, 4 fois après terme ou à terme pour 2 placenta praevia centraux et 2 placenta praevia marginaux. Une fois au cours de la 39e semaine en raison d'une baisse de l'oestriol, alors qu'une hypertension artérielle persistait sous traitement.

Une fois au cours de la 37e semaine, chez une femme ayant un utérus cicatriciel (opération de Strassmann) et un placenta praevia central entraînant des hémorragies (minimes) mais récidivantes.

Les autres césariennes ont été pratiquées :

16 fois en raison d'une hémorragie abondante au cours du travail. Ces hémorragies correspondaient dans 9 cas à un placenta praevia central.

Les hémorragies s'associaient 3 fois à une présentation transversale, une fois à un hématome rétro-placentaire, deux fois à une dystocie dynamique, et une fois à une souffrance foetale aiguë.

Toutes les femmes qui ont eu une intervention césarienne ont été transfusées. La quantité moyenne de sang transfusé est de 1,76 litre.

34 fois la césarienne a été segmentaire transversale, et 5 fois segmento-corporéale. Elle s'est accompagnée 6 fois d'une stérilisation tubaire, une fois d'une myomectomie. Dans 5 cas il s'agissait d'une intervention itérative.

Cf. Tableaux n° 12, 13 et 14.

TABEAU N° 12

Antécédents	Terme	Présentation	Incidents Accidents de la grosse et du travail	Insertion placentaire	Traitement	Enfant Poids	Enfant Apgar 1'
IIIe pare 32 ans	41e	Céphalique	Métrorragies antér.	Centrale	C. segmento corporeale verticale	3. 760	10
IIe pare 31 ans	39e	Céphalique	H. T. A. chute de l'oestriol	Latérale	C. S. T.	3. 680	6
IIe pare 27 ans	41e	Céphalique	Métrorragies de la grossesse	Marginale antérieure	C. S. C.	3. 850	5
I pare 28 ans	40e	Céphalique	Métrorragies de la grossesse	Marginale	C. S. T.	3. 210	6
IVe pare 36 ans	41e	Transversale	Métrorragies de la grossesse	Centrale	C. S. T. + ligature	3. 670	8
IIe pare 28 ans	37e	Transversale	Métrorragies de la grossesse utérus cicatriciel (Strassmann pour malformation utérine)	Centrale	C. S. T.	2. 870	10

- 27 -
TABLEAU N° 13

Antécédents	Terme	Présentation	Incidents Accidents de la grossesse et du travail	Insertion placentaire	Traitement	Enfant Poids	Enfant Apgar 1°
Ile pare XVe geste	38	Transversale	R. S. M. et Hémorragie abondante (1, 5 L.)	Marginale antérieure	C. S. C.	2. 240	6
Ile pare IIIe geste	39e	Céphalique	Hémorragie et choc (3 L.)	Marginale	C. S. T.	3. 370	9
Xe pare 40 ans	39e	Céphalique	Hémorragie abondante (4, 5 L. du travail	Recouvrante	C. S. T.	2. 970	9
IVe pare VIIe geste - 39 ans	38e	Transversale	Hémorragie abondante du travail (1, 5 L.)	Recouvrante	C. S. T.	3. 320	7
VIe pare 35 ans	38e	Céphalique	R. S. M. et hémorragie du travail + HRP.	Marginale	C. S. T.	3. 280	6
Ile pare 28 ans	38e	Céphalique	Hémorragie abondante (2 L.)	Centrale	C. S. T.	3. 180	8
Ile pare IIIe geste 34 ans	37e	Céphalique	Hémorragie abondante du travail	Recouvrante	C. S. T.	3. 210	9
IIIe pare IVe geste 27 ans	37e	Céphalique	Hémorragie du travail	Recouvrante	C. S. T.	2. 820	3
I pare IIe geste 21 ans	41e	Céphalique	Hémorragie (1 L.) du travail	Partiellement recouvrante	C. S. T.	3. 420	6
IIe pare IIe geste 25 ans	41e	Céphalique	R. S. M. et Hémorragie (0, 5 L.)	Marginale antérieure	C. S. C.	3. 700	9

TABEAU N° 14

Antécédents	Terme	Présentation	Incidents Accidents du travail et de la grossesse	Insertion placentaire	Traitement	Enfant Poids	Enfant Apgar1"
Ile pare Ilegeste 22 ans	37e	Céphalique	Hémorragie et choc en début de travail	Recouvrante	C. S. T.	2. 720	Mort-né
Ile pare 25 ans	41e	Transversale	Hémorragie très peu abondante	Latérale	C. S. T.	2. 780	10
IVe pare Vegeste 30 ans	40e	Céphalique	Hémorragie (2 L.) RAM. dystocie cervicale	Marginale	C. S. T.	3. 820	10
VIe pare 41 ans	41e	Céphalique	Hémorragie du travail (1 L.) bradycardie foetale à 80	Marginale	C. S. T.	2. 720	Mort-né
IIIe pare	37e	Transversale	Hémorragie du travail (3 L.)	Centrale	C. S. T. + ligature	3. 240	10
I pare 20 ans	41e	Céphalique	Dystocie dynamique Hémorragie très abondante (2 L.)	Latérale	C. S. T.	3. 160	8
VIIIe pare XVIIIe geste 40 ans	38e	Transversale	Hémorragie très abondante (3, 5 L.)	Marginale antérieure	C. S. C. + ligature	?	10
IXe pare 43 ans	41e	Céphalique	Hémorragies du travail (2 L.)	Marginale	C. S. T. + Ligature	3. 700	4
IVe pare Ve geste 23 ans	38e	Transversale	Hémorragie abondante	Centrale	C. S. T.	3. 020	6

CHAPITRE V

LA DELIVRANCE

La délivrance a été étudiée dans les accouchements qui ont lieu par les voies naturelles (19 cas).

A - 4 délivrances ont été artificielles

- une pour absence de décollement placentaire,
- une pour placenta partiellement accreta
- deux pour apparition d'hémorragies graves de la délivrance.

B - 5 révisions utérines ont été faites

- deux pour des hémorragies graves de la délivrance
- trois pour vérifier la situation exacte du placenta après localisation isotopique.

CHAPITRE VI

LES SUITES DE COUCHES

Les suites de couches ont été :

- normales dans 32 cas
- fébriles dans 15 cas aussi bien après opération césarienne qu'après accouchement naturel sans qu'une étiologie précise ait pu être mise en évidence.

Elles ont été compliquées de :

- deux endométrites
- une phlébite du membre inférieur gauche
- d'une occlusion intestinale sur brides après césarienne
- d'un ictère post-transfusionnel
- les numérations sanguines faites en suites de couches ont montré 4 cas d'anémie importante du post-partum.

CHAPITRE VII

LE NOUVEAU-NE

Nous avons distingué deux groupes de nouveau-nés selon leur naissance avant ou après la 35e semaine. Chacun de ces 2 groupes a été divisé lui-même en 3 selon la variété de l'insertion placentaire (latérale, marginale, et centrale).

Dans chaque tableau est noté l'état de l'enfant à la naissance (Apgar, poids, numération globulaire) et dans les suites proches, ainsi que le terme, les éventuelles complications surajoutées, la quantité de sang transfusé à la mère, le mode d'accouchement.

I - LES ENFANTS NES AVANT LA 35e SEMAINE

Sur les 21 enfants nés avant la 35e semaine, le pronostic s'établit de la façon suivante :

- 9 morts-nés (les enfants sont tous morts au cours du travail)
- 12 enfants nés vivants, 4 sont morts dans la période néo-natale.

1 - Placenta Praevia Latéral

6 cas, 6 enfants morts.

Il y eut :

- 2 morts-nés qui pesaient respectivement 2.450 g. et 1.050 g., l'accouchement du premier s'est compliqué d'un décollement prématuré du placenta.

- 4 enfants nés vivants. Ils décédèrent dans les heures suivantes, l'un d'eux d'une maladie des membranes hyalines. Leur poids moyen était de 1.380 g.

Cf. Tableau n° 14

TABEAU N° 14

Obs.	Terme	Apgar		Suites	Poids	Numération Nouveau-né	Complications	Quantité de sang transfusé	Accouchement
1	33	8	dcd.		2.000		Procidence du cordon Présentation transversale	1 l.	Césarienne
2	30	5	dcd.		990				A. N.
3	35	mort-né			2.450		H. R. P.	3 l.	Césarienne
4	28	6	dcd.		1.050			0,5 l.	A. N.
5	28	mort-né			1.050			2,5 l.	Siège
6	32	9		membranes hyalines dcd.	1.040		Oestriols bas (5.400)	0,5 l.	Césarienne

2 - Placenta Praevia Marginal

6 cas, 2 morts-nés, 4 enfants vivants.

- les 2 morts-nés étaient de grands prématurés puisque nés aux 28e et 29e semaines, et pesaient 1.000 g. et 1.050 g.

- Les 4 enfants nés vivants sont nés entre la 32e et la 35e semaine, l'un d'eux fit une maladie des membranes hyalines dont il guérit, un autre un ictère nécessitant une exsanguino-transfusion. Leur poids moyen était de 2.170 g.

Cf. Tableau n° 15.

Avant la 35e semaine

Placenta Praevia Marginal

TABEAUN° 15

Obs.	Terme	Apgar		Suites	Poids	Numération nouveau-né	Complications	Transfusions maternelles	Accouchement
1	33	10		N.	1.640	5			AN.
2	28	mort-né			1.050		P. transversale		Manoeuvre de Simpson
3	32	10		ictère E. T.	2.070	4, 8			A. N.
4	35	2	6	N.	2.420	5		1, 5 L.	Césarienne
5	33	2	4	Membranes hyalines	2.540			1 L.	Césarienne
6	29	mort-né			1.000		Epaule	1, 5 l.	Version Grande Extraction

3 - Placenta Praevia Central

9 cas - 5 morts-nés - 4 enfants vivants.

Parmi les 5 morts-nés, 4 enfants furent extraits par voie basse, après une manoeuvre de Simpson, le 5e le fut par césarienne.

Les 4 enfants nés vivants furent extraits par césarienne, leur poids moyen était de 2.380 g. Deux enfants présentaient une anémie à la naissance.

Cf. Tableau n° 16.

Dans ce groupe d'enfants nés avant et pendant la 35e semaine.

- La mortalité néo-natale est de 19 %

- La mortalité péri-natale est de 62 %.

Le facteur essentiel de mortalité a été ici la grande immaturité de l'enfant.

Placenta Praevia Central

Avant la 35e semaine

TABEAU N° 16

Obs.	Terme	Apgar		Suites	Poids	Numération nouveau-né	Complications	Transfusions sanguines maternelles	Accouchement
1	33	9		N.	2.490			1, 5 l.	Césarienne
2	32	5	8	N.	2.400	4, 3		0, 5 l.	Césarienne
3	31	mort-né						2, 5 l.	M. de Simpson
4	28	mort-né					P. transversale	0, 5 l.	Césarienne
5	33	10		N.	2.370	4, 7		1, 5 l.	Césarienne
6	26	mort-né			750		Epaule	3, 5 l.	V. G. E. M. de Simpson
7	28	mort-né			1.700			2 l.	M. de Simpson
8	35	7	9	N.	2.260	5, 2		1 l.	Césarienne
9	31	mort-né			1.640			2, 5 l.	V. G. E. M. de Simpson

II - LES ENFANTS NES APRES LA 35e SEMAINE

Sur 37 enfants, 32 ont survécu, 4 sont morts au cours du travail, un in-utéro.

1 - Placenta Praevia Latéral

12 cas, 9 enfants vivants, 3 morts-nés.

- 6 des enfants vivants furent extraits par césarienne
- 3 enfants sont morts :
 - le premier in utéro, 15 jours environ avant l'accouchement
 - le second n'a donné aucun signe de vie après avoir été extrait en urgence par césarienne. Le placenta praevia était compliqué d'un décollement prématuré,
 - le troisième est mort brutalement en fin de travail au cours d'un choc hémorragique maternel.

Cf. Tableau n° 17.

TABEAU N° 17

Obs.	Terme	Apgar		Suites	Poids	Numération nouveau-né	Complications	Transfusions maternelles	Accouchement
1	38	10	10	N.	2.900				A. N.
2	40	8		N.	3.160	6,4		2 l.	Césarienne
3	38	mort-né macéré			2.570			0,5 l.	A. N.
4	36	mort-né			1.900		Oestriols très bas en fin de grossesse HRP.	0,5 l.	A. N.
5	40	6	9	N.	3.680	5,8	H. T. A.		Césarienne
6	36	9	10	N.	3.030	4,5	siège incliné		Césarienne
7	36	9		N.	2.310	4,9		2,5 l.	A. N.
8	37	mort-né			3.050		Choc hémorra- gique	4,5 l.	Spatules
9	39	6	10		3.210	5,2		1,5 l.	Césarienne
10	41	10		N.	2.880		P. transver.		Césarienne
11	41	10		N.	2.880		P. transver.		Césarienne
12	36	5	8	N.	2.970				Césarienne (diabète)

2 - Placenta Praevia Marginal

12 cas, 11 enfants vivants, 1 mort-né,

- les 11 enfants vivants sont nés 9 fois par césarienne, une fois par forceps, une fois naturellement. Deux enfants ont fait une détresse respiratoire secondaire et ont été réanimés, l'un et l'autre avaient une anémie à la naissance.

- Un enfant est mort malgré une intervention césarienne pratiquée en urgence devant l'apparition brutale de signes de souffrance foetale.

Cf. Tableau n° 18.

TABLEAU N° 18

Obs.	Terme	Apgar		Suites	Poids	Numération nouveau-né	Complications	Transfusions maternelles	Accouche- ment
1	37	10	10	infection intestinale à 111 B ⁴	non précisé		P. Transversale	3, 5 l.	Césarienne
2	40	4	8	N.	3. 700	5, 4		2 l.	Césarienne
3	38	5	8	N.	3. 030				Spatules (Bregma)
4	37	6		N.	2. 240		P. Transversale	1, 5 l.	Césarienne
5	38	9	10	N.	3. 370	5		3 l.	Césarienne
6	37	6	9	apnée secondaire	3. 280	4, 3	H. R. P.	2 l.	Césarienne
7	36	5	6	N.	2. 240	4		2 l.	Césarienne
8	41	9		apnée secondaire	2. 540	4, 15			A. N.
9	41	5	9	N.	3. 850			1 l.	Césarienne
10	40	9	10	N.	3. 700	5, 8		0, 5 l.	Césarienne
11	39	10		N.	3. 820	5, 7		2 l.	Césarienne
12	41	mort-né			2. 790		Bradycardie foetale à 80 pendant le travail		Césarienne

3 - Placenta Praevia Central

13 cas, 12 enfants vivants, un mort-né.

Tous les enfants furent extraits par césarienne l'un d'eux fit une maladie des membranes hyalines : il avait été extrait à la 36e semaine.

Dans ce groupe d'enfants nés après la 35e semaine, la mortalité néo-natale est nulle, la mortalité péri-natale est de 15,8 %.

La mortalité est très inférieure à celle qu'on rencontre avant la 35e semaine.

Cf. Tableau n° 19.

EN RESUME

Sur 58 enfants :

- 44 enfants sont nés vivants, 4 sont morts dans les heures suivant leur naissance,
- 13 sont morts au cours du travail,
- 1 est mort in utéro pendant la grossesse.

La Mortalité néo-natale est de : 9 %

La Mortalité péri-natale est de : 31 %.

TABEAU N° 19

Obs.	Terme	Apgar		Suites	Poids	Numération	Antécédents Complications	Transfusions maternelles	Accouchement
		1'	3'						
1	40	10		Infection intestinale	3.760			1,5 l.	Césarienne
2	37	6	6	N.	3.020	6,7		1 l.	Césarienne
3	37	10		N.	2.270	4,7	Strassmann	2 l.	Césarienne
4	38	9		N.	2.970			4,5 l.	Césarienne
5	37	7	9	N.	3.320	4,9	P. transversale	1,5 l.	Césarienne
6	37	8		N.	3.130	4,9		2 l.	Césarienne
7	37	9		N.	3.210	4,9		1,5 l.	Césarienne
8	37	3	5	N.	2.820	4,9		2,5 l.	Césarienne
9	41	6	9	N.	3.420			1 l.	Césarienne
10	37	mort-né			2.710			1,5 l.	Césarienne
11	36	2	5	Membranes hyalines				1,5 l.	Césarienne
12	37	10		N.	3.240	5,2	P. transversale	3 l.	Césarienne
13	41	8	9	N.	3.670			0,5 l.	Césarienne

III - LA MORTALITE PERI-NATALE SELON LA VARIETE DE PLACENTA PRAEVIA

La lecture des tableaux précédents montre paradoxalement que la mortalité, due au placenta praevia latéral réputé comme étant le moins dangereux, a été la plus élevée.

IV - LA MORTALITE PERI-NATALE SELON LE MODE D'ACCOUCHEMENT

1 - Accouchement par les voies naturelles

19 cas, 7 enfants vivants, 12 enfants morts.

La mortalité est de 67 %.

2 - Césariennes

39 enfants sont nés par césariennes, 5 sont morts.

La mortalité est de 13 %.

Ainsi est démontrée la sécurité de l'opération césarienne dans le placenta
praevia.

CHAPITRE VIII

CONDUITE A TENIR

Le but du traitement est de faire naître un enfant suffisamment mûr, bien portant, sans faire courir à la mère un risque hémorragique grave.

Les deux facteurs de mortalité foetale sont la prématurité et l'anoxie. Comme nous l'avons vu l'immaturité foetale se rencontre dans la moitié des cas. C'est ce qui avait conduit les anglo-saxons à codifier dès 1945 leur traitement d'attente par lequel ils espéraient gagner dans le courant du 8e mois les quelques semaines de maturité nécessaires à l'enfant, pour passer le cap critique des premiers jours...

Mais il faut lui opposer les risques d'anoxie qui peuvent se manifester en cours de grossesse et donner des morts in-utéro. Quoique nous l'ayons observé dans un seul cas, leur nombre est habituellement plus important. Il faut les craindre lorsque des hémorragies importantes se succèdent. Lorsqu'une maturité suffisante est atteinte, l'accouchement prématuré est préférable à la temporisation qui n'obtient pas un arrêt franc des hémorragies.

I - CONDUITE A TENIR AU COURS DE LA GROSSESSE

A - Lorsqu'une femme a saigné dans les premiers mois de la grossesse, il faut la surveiller avec attention dans les 3 derniers mois afin de voir si un placenta praevia n'apparaît pas à cette date.

B - Toute hémorragie importante évoquant un placenta praevia justifie l'admission d'urgence de la femme en milieu hospitalier.

La femme est mise au repos strict, au lit. On fait un bilan clinique et biologique de l'hémorragie. Après vérification du groupe sanguin et recherche d'agglutines irrégulières, du sang iso-groupe est transfusé pour corriger l'anémie et rétablir la masse sanguine.

Il est exceptionnel que l'hémorragie soit cataclysmique et mette en danger la vie de la mère. Une intervention césarienne est alors entreprise d'urgence quelle que soit la viabilité de l'enfant. La réanimation pré-opératoire est poursuivie en cours d'intervention et après elle. Le traitement du choc maternel est la meilleure sauvegarde de l'enfant. Il faut craindre deux complications : l'arrêt cardiaque et respiratoire brutal, les troubles de la coagulation sanguine.

Dans la plupart des cas, l'hémorragie n'est pas dramatique et se tarit spontanément dans les 24 heures. Le diagnostic de placenta praevia est alors confirmé par un examen clinique complet et une localisation placentaire. Le traitement d'attente est mis en oeuvre. La femme garde le lit. On lui administre des antispasmodiques : ritrodine en perfusions intraveineuses lentes, à raison de 3 ampoules de 10 ml. diluées dans 1 litre de sérum glucosé à 5 % par 24 heures, puis en injections intramusculaires. De la Progestérone retard lui est administrée par voie intramusculaire en commençant par une injection d'une ampoule de 500 mg. tous les 2 jours, les injections étant ensuite espacées tous les 4 ou 5 jours.

On évite les touchers vaginaux et les amnioscopies. Des flacons de sang iso-groupe sont gardés en réserve. On gagne ainsi une à quatre semaines dans plus de la moitié des cas (17 jours en moyenne).

La conduite à tenir dépend alors de l'efficacité du traitement et de la maturité de l'enfant, on devra renoncer à l'attente dans diverses circonstances :

a - Avant 34 semaines

L'abstention est de règle. L'intervention ne se justifie que si une hémorragie met en danger les jours de la mère.

b - Après 36 semaines

L'accouchement prématuré est préférable à une temporisation exagérée. Les modalités de l'accouchement dépendent de la parité, de la variété anatomique du placenta et des conditions locales : déclenchement du travail après rupture artificielle des membranes ou opération césarienne.

c - Au cours des 35e et 36e semaines

Un bilan de la vitalité et de la maturité foetales est entrepris : mesure de la hauteur utérine, radiographie du contenu utérin, dosages de l'oestriol, et récemment rapport lécithine/sphingo myéline dans le liquide amniotique. On peut aussi estimer le poids de l'enfant qui pèse de 2. 000 à 2. 500 g. et juger sa maturité pulmonaire.

L'hémorragie peut ne plus reparaitre et la grossesse atteint son terme. C'est l'éventualité la plus heureuse.

Les cas les plus difficiles sont ceux où la maturité foetale est atteinte, mais avec de grands risques d'immaturité et où des hémorragies répétées anémient la femme et anoxient le fœtus en lui faisant courir un risque de souffrance grave et de mort in utéro. L'indication opératoire est tirée de l'importance de l'hémorragie et de la quantité de sang transfusé. Le risque de mort in utéro est grand lorsque l'hémorragie dépasse un litre et demi. Enfin l'état du pouls supérieur à 100, l'anémie à 3. 000. 000 de globules rouges et l'hématocrite inférieur à 35 % justifient l'interruption de la grossesse.

II - CONDUITE A TENIR AU COURS DU TRAVAIL

Les hémorragies sont constantes et ne s'arrêtent pas spontanément : il faut donc intervenir. Les modalités de l'intervention dépendent de la présentation de l'état du col et des membranes, de la variété anatomique du placenta. Un cathéter est posé dans une grosse veine du bras de la mère. Le débit de la perfusion est réglé sur l'abondance de la perte sanguine. Une réserve de sang suffisante est prête pour pallier à une hémorragie grave.

1 - L'opération césarienne s'impose d'emblée, lorsque le placenta praevia est central, qu'il est associé à une présentation transversale, que le col est long et fermé, que les membranes sont inaccessibles et que l'hémorragie devient très abondante.

2 - Dans tous les autres cas en l'absence de présentation anormale, lorsque le col est dilaté et les membranes accessibles, l'accouchement par les voies naturelles est envisagé après rupture large des membranes. La rupture des membranes préconisée par Puzos et érigée en doctrine par Pinard est en effet le premier geste thérapeutique. Il faut le faire sous contrôle de la vue après exposition du col et des membranes. On vérifie ainsi l'absence de vaisseaux praevia. La rupture est faite à la pince languette et agrandie au doigt. Elle est comme nous l'avons vu souvent efficace et tarit l'hémorragie. Mais il faut enfin qu'une procidence du cordon ne se produise pas, après elle, que la présentation s'applique bien sur le col, qu'aucune dystocie dynamique ne s'installe, car le travail doit progresser rapidement.

Le placenta praevia anoxie plus ou moins le fœtus en raison des décollements placentaires de l'hémorragie maternelle et peut-être foetale, des compressions fréquentes du cordon, de l'appui de la présentation qui est hémostatique mais aussi anoxiante. L'anoxie s'aggrave parfois brutalement en cours de travail. La vitalité foetale est surveillée chez ces enfants exposés à un risque élevé, par cardiotachymétrie et détermination du PH, capillaire foetal.

Dans 60 % des cas l'hémorragie se tarit et le travail évolue favorablement. Mais il reste un cap critique à franchir : la période de délivrance.

Parfois, l'hémorragie persiste et le travail progresse mal. Il faut alors intervenir par opération césarienne.

A - L'accouchement par les voies naturelles

Lorsque l'accouchement se fait par les voies naturelles, tout risque de saignement au moment de la naissance doit être prévu : une application de forceps avec épisiotomie, l'éventualité de déchirures périnéales avec plaies vaginales.

Toute hémorragie supplémentaire peut avoir des conséquences désastreuses chez ces femmes qui ont déjà saigné. La délivrance peut être accélérée par une injection intraveineuse de Méthergin au dégagement des épaules. On peut faire une délivrance artificielle pour vérifier l'état du segment inférieur et injecter des ocytociques directement dans le muscle utérin. Lorsqu'on respecte la délivrance naturelle, il faut se tenir prêt à faire une délivrance artificielle si une hémorragie apparaît. C'est à ce moment qu'on reconnaît quelquefois un placenta accreta. Les dangers de rupture utérine et d'hémorragie cataclysmique font alors abandonner la délivrance artificielle et la femme est opérée aussitôt.

Lorsque l'hémorragie apparaît après la délivrance, on fait une révision utérine pour vérifier l'absence de rupture utérine et de rétention placentaire, et on injecte des ocytociques dans le muscle utérin car l'inertie utérine est fréquente et la zone d'insertion placentaire s'hémostasie mal. Les hémorragies de la délivrance sont très dangereuses et les morts maternelles qu'on observe encore aujourd'hui se produisent très souvent à ce moment. La délivrance peut se compliquer de troubles de la coagulation sanguine : l'hémorragie devient intarissable. Le sang veineux recueilli au pli du coude ne coagule pas ou coagule tardivement, tandis que le caillot se dissout aussitôt. La défibrination aiguë s'est constituée par épuisement des facteurs de coagulation. Une fibrinolyse réactionnelle peut apparaître secondairement.

Les complications infectieuses sont particulièrement fréquentes dans les suites de couches. Il faut y pallier par l'administration d'antibiotiques.

Les risques d'embolies et de phlébites puerpérales conduisent au lever précoce, à la mobilisation active des membres inférieurs au lit, à la surveillance soigneuse des jambes et du petit bassin.

Cas particuliers

Le fœtus meurt en cours de travail ou n'est pas viable. Cette éventualité justifiait aux yeux des classiques, des manoeuvres telles que la manoeuvre

de Simpson, la version par manoeuvres mixtes de Braxton-Hicks. La mort de l'enfant ne constitue pas une contrindication à l'intervention chirurgicale si la vie de la mère est en danger.

B - L'opération Césarienne

C'est la césarienne par voie abdominale. Elle est faite sous anesthésie générale en circuit fermé suroxygéné, chez une femme dont la réanimation a déjà été entreprise. Elle est habituellement segmentaire basse, transversale. Lorsque le placenta est antérieur, on a avantage à faire l'incision verticale et à ouvrir la poche des eaux à distance du placenta pour éviter son incision, qui est particulièrement hémorragique et risque d'anémier gravement l'enfant.

La délivrance est faite après une injection intraveineuse ou intra-murale de méthergin. Les sutures doivent être exsanguées en fin d'intervention. Les suites opératoires doivent être particulièrement surveillées en raison du danger de thrombo-phlébite.

Il faut avant de refermer l'abdomen s'assurer de la bonne rétraction utérine et de l'absence d'hémorragie.

Cette opération césarienne est parfois suivie d'une hystérectomie lorsque le placenta est accreta ou qu'il existe une rupture utérine.

III - LES SOINS A DONNER AU NOUVEAU-NE

Après un placenta praevia, l'enfant naît souvent en état de détresse et la réanimation en pareil cas est une nécessité. L'accouchement du placenta praevia est une urgence pédiatrique qui doit être réglée sur place. Cet enfant est souvent prématuré et une isolette chauffée doit être prête à l'accueillir après les manoeuvres de réanimation.

Après la naissance, l'enfant est placé sur la table de réanimation et le bilan d'Apgar entrepris, il sera refait 5 minutes plus tard, chaque fois que

l'enfant est né sous anesthésie. On évalue ainsi les risques d'anoxie dont on connaît les conséquences sur le développement psychomoteur de l'enfant. Ces nouveau-nés sont souvent pâles, la pâleur peut être la traduction d'une souffrance grave telle qu'on la voit dans les morts apparentes. Elle se corrige habituellement vite sous réanimation. Mais dans certains cas la pâleur traduit une anémie grave et alors non seulement les téguments, mais aussi les muqueuses sont de teinte cireuse : les conjonctives sont décolorées. La fréquence de ces anémies graves du nouveau-né est difficile à chiffrer mais tous les auteurs en décrivent des formes mortelles.

Elles sont à craindre lorsque les hémorragies ont été particulièrement abondantes et chez certains enfants extraits par césarienne dans les placentas marginaux antérieurs. Ces anémies nécessitent une transfusion d'urgence.

C'est dire l'importance et le soin de la réanimation du nouveau-né :

- après désobstruction bucco-pharyngée et mise en oeuvre de petits moyens de réanimation, l'enfant doit être rose, gesticuler en poussant un cri vigoureux, respirer d'une manière régulière.

- Si la respiration tarde à s'établir, il faut sous laryngoscopie vérifier la perméabilité de l'orifice glottique, l'aspiration est très souvent réflexogène et déclenche le premier cri. Sinon, après aspiration de la trachée et des bronches, il faut oxygéner l'enfant avec de l'oxygène pur insufflé au ballon.

En l'absence de respiration spontanée, l'intubation endo-trachéale devient nécessaire. Il faut placer un cathéter dans la veine ombilicale pour injecter 5 à 10 ml. de sérum glucosé à 10 % et 10 ml. /kg. d'une solution semi-molaire de bicarbonate de sodium pour corriger les désordres métaboliques et de l'équilibre acido-basique.

Enfin, ces enfants nés souvent prématurément et extraits par césarienne, inhalent, du liquide amniotique et risquent de développer dans les heures qui suivent une détresse respiratoire par membranes hyalines.

Après injection de 5 mg. de vitamines K₁ ils sont placés en isolette sous oxygène et en atmosphère humide.

Les anémies par spoliation sanguine seront dépistées systématiquement par la numération des globules rouges dans le sang du cordon et par le dosage de l'hémoglobine : 4.700.000 globules rouges et 15 g. d'hémoglobine pour 100 sont les limites inférieures des chiffres normaux, bien qu'on connaisse la variabilité de la formule sanguine du nouveau-né.

Passées les premières heures, on peut encore observer des anémies, des troubles respiratoires, des hémorragies méningées et des infections secondaires. La surveillance de ces nouveau-nés doit donc être constante. La mortalité dans la première semaine est particulièrement lourde.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

58 placentas praevia ont été dénombrés de 1966 à 1970 à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, sur 12.428 accouchements : leur fréquence est donc de 0,46 %.

L'étude étiologique confirme l'influence de la parité et du curetage puisque 32 % de curetages ont été observés, et que 87 % des femmes étaient multipares.

Les hémorragies se sont manifestées pour la première fois au cours de la grossesse 72 fois sur 100, et 28 fois sur 100 pendant le travail. La rupture prématurée des membranes a été le signe révélateur 10 fois, 7 fois elle était associée à des hémorragies, 3 fois elle était le seul signe.

Le diagnostic clinique s'est avéré dans deux tiers des cas et lorsque l'hémorragie s'est manifestée en cours de grossesse une localisation placentaire isotopique a pu être réalisée 28 fois. 25 fois elle a confirmé la réalité et la variété anatomique du placenta, 3 fois elle a été en défaut : ces cas correspondent à des localisations précoces au sixième mois et l'on sait les difficultés de ce diagnostic à cette date.

Les placentaux centraux se rencontrent dans 38 % des cas et confirment bien la fréquence sur laquelle on insiste actuellement. Les placenta marginaux antérieurs se rencontrent dans 10 % des cas.

Le traitement d'attente, lorsqu'il a été institué, a permis de gagner 4 à 50 jours, en moyenne 17 jours, et a pu réduire le nombre des accouchements prématurés qui représentent 50 % des cas.

L'accouchement s'est fait par les voies naturelles 19 fois : 11 fois cet accouchement a été spontané et 2 fois a nécessité une application de forceps. 6 fois des manoeuvres obstétricales ont été nécessaires sur des enfants très immatures.

39 fois la césarienne a été pratiquée, soit dans 67 % des cas.

La mortalité péri-natale globale de ces 58 placenta praevia a été de 31 %. Si l'on considère la mortalité en fonction de la prématurité, on constate qu'avant la 35e semaine la mortalité est de 62 % ; qu'après la 35e semaine elle est de 15,6 %. En fonction du mode d'accouchement cette mortalité est de 67 % dans les accouchements par les voies naturelles et de 13 % dans les césariennes. Dans cette série, nous n'avons eu à déplorer aucune mort maternelle.

Le placenta praevia reste par contre une cause très lourde de mortalité péri-natale. On peut en espérer une amélioration grâce à un gain de maturité obtenu par le traitement d'attente et deuxièmement à l'utilisation large de l'opération césarienne, puisque la mortalité péri-natale est de 67 % dans les accouchements par les voies naturelles et de 13 % dans l'opération césarienne.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur MERGER

Professeur LOYGUE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

BARHAM K.A.

Diagnostic d'un vaisseau praevia par amnioscopie.
Méd. J. Australia 31.9.1968; 55, n° 9, 398-400 (Bibliogr.).

BEILLY J.S., GREEN BERG N.W., AARON J.B., PELK J.S.

Placenta Praevia and previous lower segment cesarean section.
Surg. Gynec. Obstet. 1954, 98, 625.

BURGER G., KRAUSSA., ARNHOLTER U.

Die kindliche missbildungsfrequenz bei der Placenta Praevia
ZKL Gynack, 1968, 90, 763.

CHOSSON J. et RUF H.

Césarienne et insertion basse du placenta.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., mai-juin 1961, 13, n° 3, 334-338.

DECKART H., POCKRANDT H. et ISBRUCHE

Amélioration du diagnostic du placenta praevia par placentographie à
l'aide d'albumine sérique humaine marquée à l'iode 131 et 132.
ZBL Gyn. 2 oct. 1965, 87, n° 40, 1348-1356, 7 fig. (Bibliogr.).

DUCAS P.

Les facteurs de mortalité périnatale des 62 placenta praevia réunis
à la Maternité Saint-Antoine durant les 5 dernières années.
Déduction thérapeutique.
Bull. Féd. Gyn. Obst. Franc. 17, 451, 2 nov.déc.

DUMONT M.

Le placenta praevia (Etude de 72 observations).
Presse Méd. 8 déc. 1962, 70, n° 53, 2567-2569 (Bibliogr.).

DEVILLIERS P.A.

Placenta praevia. Rapport sur une série de 90 cas à l'hôpital
Baragwanath, South Africa.
Méd. J., 24 mai 1969, 43, n° 21, 619-622 (Bibliogr.).

DUVAL C. et NOUEL J.P.

Méthodes actuelles de localisation du placenta.
Rev. Prat. (Paris) 1er mars 1972, 22, n° 7, 1045-1058 (Bibliogr.).

FITZGERALD J.E., WEBSTER A., GEITTMANN W.E. et ZUMMO B.

Placenta praevia : coopérative treatment.
Amer. E., Obst. Gynec., 1954, 68, 659.

FOOTE W.R. et FRASER W.D.

Placenta Praevia.
Amer. J., Obst. Gynec., Juil. 1960, 80, n° 1, 10-16, 15 tabl. (Bibliogr.).

GABER H.A.

Placenta praevia et croissance foetale.
Obst. and Gynec., sept. 1971, 38, n° 3, 403-406 (Bibliogr.).

GREEN G.H.

Le placenta praevia. Revue de 242 cas et bases du traitement.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp., août 1969, 66, n° 4, 640-648, 9 tabl.
(Bibliogr.).

GROSIEUX P., LEDUC J.P., ROUCHY R.

Insertion basse du placenta avec hémorragies graves dans le 2e trimestre
de la gestation.
Bull Fed. Soc. Gynec. Obstet. franc., mai 1971, 23, n° 2, 222-224.

GROSIEUX P., LEDUC J.P., ROUCHY R.

L'insertion basse du placenta.
Rev. Franc. Gyn. Obst., mars 1970, 65, n° 3, 85-93, 8 tableaux
(Bibliogr.).

HENRION R. et CATHELY J. P.

La localisation placentaire isotopique.
in progrès en obstétrique n 153.
J. VARANGOT Paris Flammarion édit. 1970; 602 p. (Bibliogr.).

HENRION R., CHAVINIE J.

Anomalies de l'insertion utérine de l'oeuf. Placenta praevia.
Encycl. Méd. Chir. (Paris) Obst. 5069 A 10, 6, 1971.

HIBBARD L.T.

Le placenta praevia.

Am. J. Obst. Gyn., 15 mai 1969, 104, n° 2, 172-184,
12 tableaux (Bibliogr.).

KLOSE B. et WEIDENBACH A.

Traitement du placenta praevia.

Zschr. Geburtsh. Gyn., juin 1970, 172, n° 3, 227-241, 8 tableaux
(Bibliogr.).

KRUSCHWITZ S.

Le traitement du placenta praevia de 1950 à 1959 à la clinique
gynécologique universitaire de Greifswald.

Münch. Med. Wschr., 16 déc. 1960, 102, n° 51, 2547-2551,
9 tableaux (Bibliogr.) - (résumé français).

LEPAGE F., HERVET E. et HENRION R.

Considérations sur 114 cas de placenta praevia.

Gynec. Obst., avr - mai 1963, 62, n° 2, 171-189 (Bibliogr.).

LEPAGE F., HENRION R., RAVINA J.H. et MICHELON B.

Localisation placentaire isotopique et placenta praevia central.
(Intérêt pour le diagnostic et le traitement).

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., janvier-mars 1966, 18, n° 1, 31-34.

MC GEE W.B. et O'SULLIVAN T.A.

Traitement moderne du placenta praevia, une étude de 234 cas.
California med., oct. 1967, 87, n° 4, 221-224 (Bibliogr.).

MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique - Deuxième édition, p. 260,
Paris, Masson 1961.

MORGAN J.

Placenta praevia : rapport d'une série de 538 cas (1938, 1962).
J. Obst. Gyn. Brit. Commonw., octobre 1965, 72, n° 5, 700-705.

NELP W.B. et LARSON S.M.

Diagnostic du placenta praevia par photo-scintigraphie avec l'albumine
marquée au technetium TC 99 m.

J.A.M.A., 10 avr. 1967, 200, n° 2, 148-152 (Bibliogr.).

NELKEN S. et MUSIATOWICZ J.

Quarante deux césariennes à l'occasion de 198 cas de placenta praevia
avec hémorragie au cours du dernier trimestre de la gestation.

Gynec. Obst., août-oct. 1958, 57, n° 4, 435-440 (Bibliogr.).

OCHSHORN A., DAVID M.P., SOFERMAN N.

Placenta praevia accreta.

A report of 9 cases.

Obstet. Gynec., 1969, 33, 677 (Bibliogr.).

PALLIEZ R. et Coll.

Contribution à l'étude du pronostic des hémorragies par insertion basse du placenta (chez la mère et le fœtus).

Gynec. et Obstet., août et oct. 1960, 69, n° 4, 309-324, 8 fig. (Bibliogr.).

PAUCOT et REEB M.

Traitement chirurgical du placenta praevia.

Rapport au VIIIe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française - Paris 1933.

PEDOWITZ P.

Placenta praevia. An evaluation of expectant management and the factors responsible for fetal wastage.

Am. J., Obst. Gynec., 1 sept. 1965, 93, n° 1, 16-25, 14 tableaux (Bibliogr.).

RIVIERE M., MAHON R., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et MONDON H.

200 cas d'hémorragie par insertion basse.

Pronostic maternel et fœtal.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., avr-mai 1958, 10, n° 2, 182-183.

RIVIERE M., MAHON R., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et MONDON H.

26 observations de décollement prématurée du placenta inséré bas.

Etude critique.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., avr-mai 1958, 10, n° 2, 183.

ROBERTSON J.G.

Placenta praevia.

Practitioner, mars 1970, 204, n° 1221, 383-392 (Bibliogr.).

SACHS H.

Contribution à la pathogénèse du placenta praevia.

Zbl. Obst., 2 mai 1970, 92, n° 18, 555-558 (Bibliogr.).

SANTARELLI J.

Vice d'insertion du placenta : placenta praevia.

Rev. Prat. (Paris) 1er mars 1972, 22, n° 7, 1061, 1070.

SEMMENS J.P.

Ré-évaluation du traitement retardé du placenta praevia.

Postgraduate Med. oct. 1962, 44, 207, in Internat. Surg. Pig., janv. 1969, 78, n° 1, 32.

SEMMENS J.P.

Placenta praevia : le rôle du traitement conservateur au cours d'une étude contrôlée.

Am. J. Obst. Gyn., janv. 1959, 77, n° 1, 63-73, 8 tableaux (Bibliogr.).

SMITH K.

La césarienne dans le traitement du placenta praevia : une revue de 99 cas.

Am. J. Obst. Gyn., janv. 1959, 77, n° 1, 55-61, 8 tableaux (Bibliogr.).

SMITH R.W., FISH M.B., SELINGER H.E., KENTIGAN A. et WEBER P.H.

Application de la visualisation placentaire rapide par scintigraphie par pertechnetate ^{99m}Tc au cours des hémorragies du 3e trimestre.

Obst. and Gyn., avr. 1970, 35, n° 4, 537-543 (Bibliogr.).

STALLWORTH J.

The dangerous placenta (Joseph Price Pratton).

Amer. J., Obst. Gynec., 1965, 93, 767.

TORBET T.E. et TSOUTSOPLIDES G.C.

Placenta praevia accreta : conservative management.

J. Obstet. Gynec., Brit. Commonw., 1968, 75, 737.

TANAKA Y. et TANAKA M.

La césarienne sans dissection trop poussée dans les cas d'insertion basse antérieure du placenta.

Am. J. Obst. Gyn., 15 juin 1968, 101, n° 4, 572.

WASFY A.

Association et perfusion d'un spasmolytique dérivé de la phénotiazine (aminopromazine) et des ocytociques dans les hémorragies par insertion basse du placenta.

Gyn. Obst., sept-oct. 1967, 66, n° 4, 483-488 (Bibliogr.).

